

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

259

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul Darvin DAVIDOVICI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1910 à BUZEU (Roumanie)

Contribution à l'Étude
du chancre syphilitique
de la
troisième phalange des doigts

Président : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Paul Darvin DAVIDOVICI

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 3 Novembre 1910 à BUZEU (Roumanie)

Contribution à l'Etude du chancre syphilitique de la troisième phalange des doigts

Président : M. TANON, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, Rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

LE DOYEN : ROUSSY

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRÉ
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET
Clinique médicale	LOEPER
	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOUILLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
	LEOMANT
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	MARION
	BRINDEAU
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	PROUST
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
	HOVELACQUE
	MULON
Professeurs sans chaire	OLIVIER
	VERNE
	MOCQUOT



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
BENARD Henri ..	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathologie expéri- mentale.
BERNARD Etienne	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgi- cale.
BOULIN	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
BULLIARD	Histologie.	LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psy- chiâtrie.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CHEVALIER	Pathologie médicale.	MOULONGUET ..	Pathologie chirurgi- cale.
DOGNON	Physique.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	OBERLING	Anatomie pathologi- que.
GALLIARD	Parasitologie.	PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgi- cale.
GASTINEL	Bactériologie.	PIEDELIEVRE ...	Médecine légale
DE GAUDART		PORTES	Obstétrique.
D'ALLAINES ...	Pathologie chirurgi- cale.	RICHET	Physiologie.
GAYET	Physiologie.	SANNIE	Chimie biologique.
GIROUD	Histologie.	SENEQUE	Pathologie chirurgi- cale.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	TROISIER	Pathologie expéri- mentale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngolo- gie.	TURPIN	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.	VIGNES	Obstétrique.
HUGUENIN	Anatomie patholo- gique.	WILMOTH	Pathologie chirurgi- cale.
JOANNON	Hygiène.		
LABBE Henri	Chimie biologique.		
LACOMME	Obstétrique.		
LANTUEJOUL	Obstétrique.		
LAROCHE Guy ..	Pathologie médicale.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgi- cale.	DEROUX	Anatomie pathologi- que.
BUSQUET	Pharmacologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
CHAILLET-BERT ..	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.



IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale
ALAJOUANINE ..		BROCC	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER ..	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR- VALLERY- RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT. agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE,

tendrement aimés,
humble témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MES CHERS IRENE et TUDORICA.

A MON BEAU-FRERE,

A MES PARENTS,

A MES AMIS.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

M. le Professeur TANON,

*Professeur d'Hygiène,
à la Faculté de Médecine de Paris,
Professeur de Médecine Coloniale,
Conseiller Technique du Ministre de la Santé Publique,
Inspecteur général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police,
Officier de la Légion d'Honneur.*

Hommage de notre profonde et respectueuse gratitude.

A M. le Docteur DUVOIR,
Professeur agrégé, Médecin des Hôpitaux.

Qui nous a aidé de ses précieux conseils.

A M. le Docteur Claude GAUTIER,
Médecin des Hôpitaux.

En témoignage de mon admiration
et de mon profond respect.

A MES MAITRES, dans les Hôpitaux de Paris :

Stages

M. le Professeur Pierre DELBET

M. le Professeur Marcel LABBE

M. le Professeur PROUST

M. le Docteur ABRAMI

M. le Docteur CHIRAY

Externat

M. le Docteur SAUVE

M. le Docteur FAURE-BEAULIEU

M. le Docteur WEISSMANN-NETTER

M. le Docteur MATHIEU-PIERRE-WEIL

M. le Docteur GOUVERNEUR

M. le Docteur Claude GAUTIER

AVANT-PROPOS

Au cours de notre année d'externat en chirurgie, nous avons été frappé par la ressemblance pouvant exister entre certains chancres de la troisième phalange et le panaris des doigts. Aussi, le sujet de cette thèse nous a-t-il été inspiré par une erreur de diagnostic, que nous avons vu faire à ce moment.

Il s'agissait d'un malade porteur d'un chancre syphilitique de la troisième phalange de l'index gauche, qui a été diagnostiqué panaris, tant il simulait cet accident.

Combien grand fut notre étonnement, lorsque quatre semaines après, le malade revint avec une roséole généralisée.

Nous avons dirigé notre malade en dermatologie, où le panaris presque cicatrisé, fut reconnu chancre syphilitique et traité en conséquence.

En effet, le chancre syphilitique de la troisième phalange prend souvent des aspects atypiques et peut créer des erreurs fréquentes de diagnostic.

Nous avons recueilli, dans la littérature médicale, 14 observations de chancre de la phalange et nous avons fait à ce propos, son étude clinique.

*
**

Le chancre syphilitique de la troisième phalange est plus fréquent qu'on ne le croit généralement. Si nous ajoutons que c'est souvent un chancre professionnel et que le corps médical et hospitalier fournit la majorité des cas, nous voyons le grand intérêt qui résulte pour les médecins.

Comme nous verrons plus loin, le chancre de la phalangette, par ses rapports intimes qu'il présente avec l'ongle, revêt souvent une allure clinique propre, toute différente de l'accident primaire de la syphilis.

Aussi, son diagnostic devient une source d'erreurs fréquentes, qui retardent l'institution du traitement anti-syphilitique, jusqu'à l'éclosion des accidents secondaires.

Enfin, le chancre de la phalangette pose parfois un problème médico-légal à l'occasion des accidents syphilitiques primaires contractés dans l'exercice du travail, et cela ne fait qu'accroître son intérêt.

ETIOLOGIE

Fréquence. — Il serait erroné de penser que les chancres syphilitiques des doigts doivent être rangés parmi les raretés.

Fournier disait qu'une fois sur 200 environ la vérole faisait au doigt sa première manifestation.

Bulckley, dans une publication étrangère, publie 418 cas. Dans une thèse de la Faculté de Médecine de Paris, en 1924, Hallot a réuni 883 cas de chancres syphilitiques des doigts. Dans la même année, en juillet, Rille a présenté à la Société de Médecine de Leipzig 53 cas. Une année après, en 1925, Georges Bienfait dans sa thèse de Paris rapporte 29 observations réunies dans le service du Professeur Jeanselme. Enfin, plus récemment, Flye-Saint-Marie, Raymond Bernard, en Belgique et Oriol Arias et Mazzini, au Brésil, ont publié des nombreuses observations.

Et, en plus, si les cas signalés de chancres des doigts sont nombreux, les cas méconnus les dépassent peut-être en fréquence. Comme nous le verrons plus loin, en effet, la difficulté et le peu d'intérêt que les malades leur attachent dans les formes bénignes en font des accidents qui passent souvent inaperçus.

Et puis, « que de prétendus panaris, que de prétendus fourmioles ou même de soi-disant engelures n'ont été en réalité que des chancres syphilitiques méconnus ».

Pourcentage. — Henri Chabrol, dans une statistique très soigneusement établie, et réunissant plus de 10.000 accidents primaires de la syphilis, trouve une proportion de 4 % des chancres digitaux parmi les chancres extragénitaux. Quant à Fournier il trouve dans sa clientèle de ville un pourcentage supérieur : 1 pour 200.

Les chancres digitaux sont surtout des chancres de la phalangette, donc des chancres péri ou sous-unguéaux, disait Fournier, et cela dans la proportion de 7 pour 10.

Localisation. — Le chancre de la phalangette frappe plus souvent les hommes que les femmes : quoiqu'on puisse les observer à toute période de la vie, ce sont surtout des chancres de l'âge adulte. Les enfants et les vieillards sont rarement frappés.

Les doigts de la main droite sont plus fréquemment atteints que ceux de la main gauche. Il en est ainsi pour Fournier et pour Hallot, dont les $\frac{2}{3}$ environ de leurs 883 cas siègent au niveau des doigts de la dextre.

Bienfait trouve une proportion moins élevée, 28 pour 11. Dans les observations que nous avons publiées, la proportion est encore plus abaissée : 8 pour 6.

Il semble, du reste, tout à fait naturel que les doigts soient plus exposés à droite qu'à gauche. Nous verrons plus loin, en effet, que les deux causes les plus fréquentes du chancre du doigt sont les contacts vénériens et les accidents professionnels médicaux et para-médicaux.

De toute façon, c'est la main droite qui agit le plus

communément et qui, en raison de ses fonctions électives, est la plus exposée à la contamination.

Quant aux doigts atteints, si on se rapporte aux statistiques de Fournier, de Rille, de Hallot et de Bienfait, nous trouvons que l'index réuni à son actif le plus grand nombre de cas et que le médius occupe immédiatement la seconde place. Le pouce n'est que troisième. Il en est ainsi pour nos observations, car l'index est touché cinq fois, le médius quatre et le pouce trois fois. Pour les autres doigts, l'atteinte est variable suivant qu'il s'agit d'une contamination vénérienne ou professionnelle.

Contamination. — Les différentes causes de contagions syphilitiques par les doigts peuvent être rangées en trois grands groupes :

- Contamination professionnelle ;
- Contamination d'origine vénérienne ;
- Contamination accidentelle.

Contamination professionnelle. — C'est Fournier qui a signalé le premier le contingent considérable que fournit aux chancres des doigts la profession médicale.

L'examen des lésions syphilitiques contagieuses primaires ou secondaires, les touchers vaginaux ou rectaux pratiqués à main nue, les accouchements, les manœuvres chirurgicales sont les causes les plus souvent invoquées. La moindre petite érosion, une petite plaie insignifiante et surtout les « envies », ces petites lésions qui siègent au pourtour des ongles, constituent la porte d'entrée habituelle.

Les chirurgiens et surtout les sages-femmes fournissent à la syphilis professionnelle un apport notable. De même, ni dentistes, ni infirmiers ne sont épargnés.

Ce sont généralement l'index et le médius qui sont le plus souvent atteints dans le chancre professionnel. Les observations que nous avons recueillies ne réunissent seulement que trois cas de contamination professionnelle : un chirurgien, un étudiant en médecine, une sage-femme, et les doigts atteints sont respectivement : l'index, le pouce et le V°.

Contamination vénérienne. — Fournier disait : « Dans les statistiques d'hôpital, des contagions de provenance vénérienne prédominent de beaucoup comme fréquence sur les contagions professionnelles : 10 pour 1. En ville inversement ces derniers reprennent la tête : 30 pour 19 ».

Les observations publiées ne font que confirmer les statistiques de Fournier : il s'agit, dans la plupart des cas de malades d'hôpital, donc des contaminations vénériennes, et cela, dans la proportion de 10 pour 14. L'index et le médius sont généralement atteints dans la contamination vénérienne, car Ricord disait : « En matière de contagion syphilitique on est toujours puni par où l'on a péché ».

Nous retrouvons ceci dans nos observations où l'index et le médius sont atteints quatre fois chacun.

Contamination accidentelle. — Plus rare que les deux autres, la contamination accidentelle se fait surtout par morsure ou piqure. En effet, dans les 14 observations recueillies nous ne trouvons qu'une seule contamination accidentelle, faite d'ailleurs par morsure. D'autre part, les cas de contamination au niveau des accidents syphilitiques méconnus ne sont pas rares. Et tous les accidents secondaires si contagieux et parfois négligés chez des malades qui ne se soignent pas, peuvent être l'occasion de contami-

nation qui sont certainement fréquentes et resteront presque toujours ignorées.

Fournier rapporte le cas d'un soldat qui, s'étant brûlé au doigt avec un cigare, on lui cautérisa la plaie avec un crayon au nitrate d'argent, qui venait de servir pour un syphilitique. Par la suite, il eut un chancre à ce niveau.

ETUDE CLINIQUE

Le chancre de la phalangette siège le plus souvent autour de l'ongle et ce chancre péri-unguéal nous le trouvons 10 fois sur 14 dans les observations que nous avons recueillies ; parfois, le chancre s'insinue sous l'ongle : c'est le chancre sous-unguéal que nous retrouvons seulement deux fois. Enfin, plus rarement le chancre est à distance de l'ongle et siège à la pulpe de la phalangette.

Par sa localisation spéciale au niveau de l'ongle, le chancre syphilitique de la phalangette, ne réalise que rarement l'aspect habituel de l'accident primaire et se présente le plus souvent sous des formes un peu particulières.

Aussi, nous passerons rapidement sur les formes banales du chancre spécifique, telles les formes érosives et ulcéreuses, typiques, rares à ce niveau. Par contre, nous nous étendrons surtout sur les formes ulcéreuses atypiques et sur les chancres-panaris, qui constituent des formes tout à fait caractéristiques au chancre de la troisième phalange.

Forme érosive. — La forme érosive est de beaucoup la moins fréquente au niveau de la phalangette. Il s'agit généralement d'une petite érosion de dimensions d'une lentille environ, de couleur rouge chair musculaire, à base légère-

ment indurée et qui se continue sans relief avec les tissus voisins.

Forme ulcéreuse. — La forme ulcéreuse typique est moins rare que la précédente. Il s'agit généralement d'une ulcération de forme sensiblement arrondie, à bords plus ou moins nettement découpés et reposant sur une plaque indurée. Les dimensions variables, sont généralement un peu inférieures à celles d'une pièce de 50 centimes. Sa couleur jambonnée est le plus souvent modifiée, car la petite plaie étant négligée, il y a souvent infection secondaire.

On peut alors avoir des bords violacés avec fond grisâtre ou diphtéroïde. On observe parfois un écoulement de sérosité. La lésion est peu saillante indolore.

Forme ulcéreuse atypique. — La localisation péri ou sous-unguéale, de cette forme ulcéreuse que nous venons de décrire, la différencie le plus souvent du chancre syphilitique ordinaire par quelques particularités, dont les plus essentielles semblent résider dans la configuration, la modalité d'induration de la lésion, et les phénomènes douloureux qui peuvent l'accompagner.

a) *Configuration.* — La configuration est moins régulière et surtout très différente de la forme cerclée. Lorsque le chancre occupe le bord supérieur de l'ongle il réalise un croissant, un fer à cheval : c'est le chancre semi-lunaire. Lorsque le chancre siège sur le bord latéral de l'ongle, il prend siège sous l'ongle, il n'a aucune forme : « il devient tout à fait irrégulier et amorphe » (Fournier).

b) *Induration.* — L'induration caractéristique de tout chancre syphilitique est loin d'être habituelle pour le chancre de la troisième phalange.

Le plus souvent, il ne s'agit pas d'une induration bien limitée, étalée en largeur ou en profondeur, mais d'une induration étendue une induration en masse, induration régionale commune à toutes les dactylies et qui, de ce fait, ne peut pas servir à l'établissement du diagnostic.

c) *Phénomènes douloureux*. — Contrairement à toute règle et alors que cela ne se produit jamais pour les autres localisations de la syphilis, les chancres péri-unguéaux et surtout sous-unguéaux peuvent être douloureux, même très douloureux.

Fournier insiste notamment sur la douleur : « Généralement, ceux qui (les chancres) sont étalés, à plat près du bord supérieur de l'ongle, mais surtout ceux qui s'insinuent sous l'ongle, qui le décollent, qui le soulèvent et plus particulièrement encore ceux qui naissent sous l'ongle au niveau du sillon inférieur de la matrice unguéale, sont notablement douloureux ».

Bref, les chancres péri ou sous-onguéaux s'accompagnent d'une véritable angoisse locale.

Chancre-panaris. — A un stade de gravité plus grande nous trouvons le chancre-panaris qu'on a appelé ainsi, tant il simule cet accident.

Nous décrivons d'abord la forme unguéale, qui simule au début une tourniole, puis le chancre-panaris, tel qu'on le voit généralement, méconnaissable, enflammé, mal soigné, fréquemment compliqué de phénomènes d'inflammation locale et à distance.

« Situé près de l'ongle, le chancre apparaît d'abord comme une tache rouge qui peut être exulcérée. La tache devient plus sombre en couleur et s'élargit. L'inflammation

et l'enflure croissent autour de l'ongle. Le chancre semble maintenant un petit abcès tégumentaire. S'il n'en reste pas là, l'inflammation croît, la phalangette augmente de volume. Il y a des douleurs sévères, la couleur rouge vire au sombre, l'ulcération s'étend en croissant autour de l'ongle, sur un côté, puis tout autour, puis attaque la matrice. Sa surface est malsaine, secrète du pus copieux et fétide. Un exsudat dyphtéroïde la recouvre. L'ongle devient noir et tombe, découvrant une surface ulcérée. La phalangette entière est maintenant rouge et douloureuse (W. Taylor) ».

Voici maintenant comment Fournier décrit le chancre-panaris proprement dit :

« Voici ce qu'on vit alors : un doigt fortement tuméfié à son extrémité inférieure, c'est-à-dire au niveau de la troisième phalange et souvent aussi de la seconde, et tuméfié de la façon suivante : cylindroïde, en saucisse, au niveau de la seconde phalange, puis se renflant tout aussitôt au niveau de la troisième de façon à rappeler un bulbe d'oignon ou de poireau.

D'autre part, un doigt douloureux, même extraordinairement douloureux, sensible spontanément et devenu un siège de battements, d'élancements, comme le panaris.

L'aspect de panaris est donc ici l'expression dominante, majeure, celle qui frappe, celle qui s'impose tout d'abord à tel point que, dans l'ensemble, le chancre reste absolument effacé.

On pourrait le prendre (le chancre), et on l'a pris plus d'une fois pour l'orifice ulcéré d'un prétendu panaris. Comment se présente-t-il, en effet, dans l'ensemble morbide que je viens de décrire ? Sous la forme d'une ulcération

irrégulière et ne conservant rien de la configuration normale de l'orbiculaire, habituelle au chancre. Ulcération creuse, déprimée ou anfractueuse, quelquefois même térébrante à bords boursoufflés, entaillés, déchiquetés, à fond de mauvaise mine grisâtre et rougeâtre, diphtéroïde, quelquefois semé de quelques points sphacéliques (Fournier).

Nous n'insisterons pas sur cette magistrale description. Nous remarquons simplement que dans les observations que nous publions, il s'agit huit fois sur quatorze de chancres-panaris.

Chancre fongueux. — Le chancre fongueux, décrit par W. Taylor, assez rare, est spécial à la dernière phalange. Il consiste en une sorte de bourgeonnement papilliforme de la lésion, laquelle à un moment donné n'est plus qu'une touffe de végétations. Malgré sa rareté, nous retrouvons un cas de chancre fongueux, dans nos observations recueillies.

Chancre hypertrophique. — Le chancre hypertrophique ou papulo-hypertrophique est fortement saillant, si saillant qu'il constitue presque une petite tumeur surmontée de l'ulcération chancreuse spécifique. C'est un chancre doublé d'une base exubérante d'induration ; si bien qu'il fait au-dessus du niveau de la peau saine, une grosse tubérosité d'un relief de 3 à 6 mm., tubérosité dure, quelquefois cartilagineuse.

Ces chancres hypertrophiques ne sont en rien propres certes à la phalangette, mais ils n'en sont pas moins curieux en ce que par leur aspect de tumeur, ils peuvent facilement dérouter le diagnostic.

Chancre phagédénique. — Le chancre phagédénique n'a rien de caractéristique au niveau de la phalangette.



Adénopathie. — Comme dans tous cas de chancre syphilitique, il existe une adénopathie satellite. L'anatomie nous enseigne que les lymphatiques des doigts se rendent les uns aux ganglions sus épitrochléens, les autres aux ganglions axillaires. Et, la clinique nous montre, en effet, que ce sont bien ces groupes ganglionnaires qui sont atteints, parfois les uns, parfois les autres, quelquefois les deux en même temps.

Cette adénopathie est indolente, apyrogmatique, multiple. Cependant, le ganglion sus épitrochléen en est souvent unique, quelquefois, il y en a deux, rarement davantage. Mais il peut y avoir complication inflammatoire et nous voyons alors l'adénite qui peut être subaiguë, aiguë ou exceptionnellement suppurative.

Dans le recueil d'observations que nous publions, on trouve deux cas d'adénite inflammatoire subaiguë.

Lymphangite. — La lymphangite est loin d'être une complication. Elle fait partie de la symptomatologie du chancre-panaris, ou on la rencontre associée souvent à l'adénite inflammatoire.

Le chancre-panaris de l'observation de Feulard, s'accompagne de trainées lymphangitiques de la main et du bras. Bienfait rapporte aussi deux cas : « On sentait à la face interne du bras, le long du biceps, un petit cordon dur, indolent au toucher. Il s'étendait sur une hauteur de 10 à 15 cm. et présentait par places de nets épaisissements ».

EVOLUTION

Durée et Complications. — Dans les formes bénignes, la durée du chancre syphilitique de la phalange n'excède pas celle de tout autre localisation de l'accident primitif, et son évolution ne présente rien de particulier. Mais il n'en est plus ainsi lorsque le chancre se complique d'infection secondaire. L'évolution se complique et la durée est le plus souvent augmentée.

Il n'est pas rare qu'un chancre subunguéal, même sans accidents notables persiste 3 à 4 mois, et cela, parce qu'il est entretenu par des difficultés locales de cicatrisation (présence de l'ongle décollé, phénomènes inflammatoires, infiltration périphériques).

Enfin, dans les formes simulant le chancre-panaris, l'évolution est lente, torpide.

« Le plus souvent, d'ailleurs, ils sont compliqués, par des accidents provenant de l'ongle, lequel, déchaussé par l'ulcération et ne recevant plus que d'incomplets éléments de nutrition d'une matrice malade ou même partiellement détruite, s'altère, change de couleur, noircit, se décolle, se détache et tombe. Il n'est même pas rare qu'on soit forcé d'intervenir et d'enlever ce véritable séquestre unguéal, qui irrite tous les tissus, les enflamme, détermine et entretient des douleurs plus ou moins vives (Fournier) ».

Nous rappelons, à ce sujet, que dans la plupart des observations que nous publions, il s'agit de chancres péri ou sous-unguéaux, qui s'accompagnent 10 fois sur 11 de lésions unguéales ; ces lésions, qui peuvent varier du simple décollement à la chute complète de l'ongle, réalisent parfois un péri-onyxis et même un véritable onyxis syphilitique primaire entrevu déjà par Fournier.

Cicatrices. — La forme érosive laisse de minimes cicatrices, peu apparentes, blanchâtres, passant facilement inaperçus.

Les cicatrices de la forme ulcéreuse sont d'abord croûteuses, un peu en relief, puis elles disparaissent petit à petit, pour faire place à des épaissements cornés, durs.

« Mais, il en est tout autrement dans les formes compliquées, de chute de l'ongle. D'abord l'ongle ne repousse pas intégralement et avec sa forme régulière. Il peut être incurvé, moins ample qu'auparavant, voire rapetissé dans tous ses diamètres, rabougri et comme atrophié. Parfois même, alors que sa matrice a été sévèrement intéressée, il ne repousse que sous forme d'îlots cornés, informes, et la plus grande partie de sa surface reste à l'état d'une sorte de cicatrice fibreuse, rose, blanchâtre » (Fournier).

DIAGNOSTIC

Dans la moitié des cas publiés de syphilis contractées par la phalange, le diagnostic de chancre du doigt ne fût pas fait.

Ce grand nombre de chancres de la phalange, passés inaperçus tient à ce qu'il s'agit : soit de formes bénignes, en effet, beaucoup de malades ne vont pas demander avis au médecin, pensant qu'il s'agit d'une petite plaie anodine qui guérira bien toute seule ; soit que l'accident primaire réalisant une forme atypique si fréquente à ce niveau et compliqué d'infection secondaire, le médecin ne fait pas le diagnostic, trompé par le tableau clinique et par les commémoratifs.

Dans tous ces cas, l'origine syphilitique de la lésion est reconnue seulement à la période secondaire, lors de l'éclosion des accidents cutanés, qui prédominent souvent à la moitié supérieure du corps.

Panaris. — Nous ne nous étendrons pas sur le diagnostic différentiel du panaris. Cependant, nous précisons que c'est la plus grande cause d'erreur dans la forme ulcéreuse et bien plus encore quand il s'agit de chancre-panaris. Remarquons que sur nos 14 observations, 7 fois les chancres syphilitiques ont été diagnostiqués panaris.

D'ailleurs, l'étude des formes cliniques nous a montré combien ce diagnostic étant difficile et même parfois à peu près impossible, par la seule clinique. Mais si l'on soupçonne l'existence du chancre syphilitique de la phalange, la recherche des trépomèmes à l'ultra-microscope lèvera tous les doutes.

Le diagnostic se posera plus rarement avec le

Tubercule anatomique ou avec la tuberculose verruqueuse et dans ce cas, l'examen histologique d'un fragment de la lésion et l'inoculation au cobaye permettront de reconnaître l'origine tuberculeuse.

Chancre mou. — Bien que très rare, il existe quelques observations de chancre mous des doigts. Le laboratoire fixe le diagnostic.

TRAITEMENT

Il faut dire avant toute chose que c'est le traitement général habituel de la syphilis qu'il importe avant tout d'instituer.

Dans les formes bénignes de chancre syphilitique de la phalange, on pourra localement faire deux pansements par jour avec une pommade au calomel. De cette manière, tout en empêchant la contagion du chancre, on évite l'infection secondaire.

Dans les formes compliquées et douloureuses, le traitement local prend un peu plus d'importance : bains plusieurs fois par jour dans une décoction émolliente, tiède, décoction de guimauve par exemple, pansements renouvelés trois fois par jour avec une pommade à l'iodoforme. Si l'ongle est à l'origine de ces douleurs ou les entretient, s'il retarde la cicatrisation, il sera bon de l'arracher. Enfin, dans tous les cas, le doigt sera recouvert d'un pansement et le malade mis en garde contre les dangers de contagion.

Quant aux lésions unguéales elles sont plus tenaces, plus longues à guérir. Ainsi, la participation des phénomènes mécaniques à leurs déclenchement, est indéniable et peut expliquer les guérisons incomplètes.

PROPHYLAXIE

La contamination professionnelle ne devrait que rarement exister dans la profession médicale ; il faut reconnaître du reste qu'elle tend à diminuer. Mais le médecin praticien est souvent pressé, surmené, bousculé et se néglige lui-même pour ses clients, ne prenant pas toujours toutes les précautions, dont il devrait s'entourer. Et puis surtout loin des grands centres on ne pense pas toujours à la vérole qui se fait plus rare. En effet, ce ne sont pas les syphili-graphes qui, traitant journellement cette maladie, qui soient le plus souvent victimes de la contagion professionnelle.

Bien au contraire, connaissant mieux les dangers auxquels ils sont constamment exposés et de ce fait, y pensant toujours, il s'entourent alors de toutes les précautions nécessaires. Et ces précautions se réduisent à bien peu de choses. Vérifier constamment l'état des mains, se méfier surtout de ces petites envies et les recouvrir, de même que la moindre érosion, d'un pansement. Enfin, revêtir des gants de caoutchouc, surtout ne jamais pratiquer de toucher rectal ou vaginal, ne jamais faire d'accouchements sans ces mêmes gants.

Ainsi verrait-on disparaître ou à peu près, ces accidents

pénibles qui viennent compliquer une profession où dangers et soucis ne manquent pourtant point.

De plus, par sa localisation au niveau de la phalange (préhension, poignée de main), c'est un chancre très contagieux. Ce danger, plus grand peut-être que lorsqu'il s'agit d'une autre localisation devient extrêmement prononcé dans la profession médicale.

Méconnaissant la vérole, dont il porte au doigt la première manifestation, le médecin peut contaminer beaucoup de ses clients, qui pourront l'accuser de négligence, d'incapacité et le traduire devant les tribunaux.

La littérature médicale nous montre de véritables épidémies de syphilis survenues après des chancres du doigts, méconnus chez des sages-femmes : c'est le mal de Sainte-Euphémie qui, en 1728, fait 50 victimes et qui est ainsi appelé parce que répandu par l'index droit d'une sage-femme de Sainte-Euphémie.

C'est l'épidémie de Brive, en 1878, où 34 femmes ou enfants sont contaminés. Et la littérature médicale étrangère fournit aussi plusieurs exemples de ce genre, qu'on ne voit presque plus et qui, espérons-le, disparaîtront complètement.

INTERET MEDICO-LEGAL

Nous avons déjà vu lors du chapitre étiologique le contingent considérable que le corps médical et hospitalier fournit aux chancres syphilitiques de la troisième phalange. D'autre part, les cas accidentels de chancres syphilitiques des doigts contractés au cours de leur travail par les ouvriers ou employés, quoique rares, ne sont plus exceptionnels. Nous pouvons donc déduire qu'une grande partie des accidents syphilitiques primaires, résultent de l'exercice du travail.

Il y a, par conséquent, un problème médico-légal qui se pose et que nous nous proposons d'étudier.

Notre but est surtout de rechercher de quelle manière les catégories énoncées plus haut, peuvent se prévaloir des avantages que les lois sociales actuelles leur réservent dans cette circonstance.

La première question qui se pose est d'établir comment on peut contracter l'accident primaire au cours du travail ? R. Bernard distingue à cet égard deux circonstances différentes, suivant qu'il s'agit de maladie ou accident du travail.

1) Il y a maladie du travail lorsque la contamination

seule est professionnelle, la greffe s'étant faite sur une lésion antérieure.

2) Il y a accident du travail lorsque la contamination ou le traumatisme créant la porte d'entrée sont concomitents et professionnels.

Dans le premier groupe, on peut ranger des médecins, des dentistes, des sages-femmes, etc., qui, blessés antérieurement se seraient contaminés en soignant des malades syphilitiques, ou encore des garçons de laboratoire qui auraient infecté une plaie antérieure, en manipulant des cadavres syphilitiques (foetus hérédosyphilitique).

Dans le deuxième groupe c'est encore la profession médicale qui fournira la plus grande part des exemples.

Ainsi, le médecin peut s'inoculer le chancre en se blesant avec son bistouri infecté ou en se piquant à la suite d'une injection faite à un malade étant en pleine syphilis.

Wakerlin cite à ce propos, le cas d'un préparateur qui s'est inoculé la syphilis en manipulant une souche de tréponèmes, datant de 13 ans, et qui a conservé sa virulence pour l'homme, après quarante passages sur des animaux. Quelques observations relatent encore des contaminations de ce groupe chez des ouvriers, qui s'étaient blessés avec un instrument utilisé peu avant par un compagnon porteur des lésions syphilitiques. Mais il faut bien admettre que ces derniers cas sont extrêmement rares et qu'il faut s'entourer de maximum de garanties et de faits dûment prouvés avant de conclure à la contamination professionnelle.

Le problème peut encore se poser dans les cas où la lésion supposée porte d'entrée est due à une morsure faite

par un sujet porteur de plaques muqueuses buccales. Tel serait le cas d'un contremaître mordu par un ouvrier syphilitique au cours d'une rixe survenue dans l'exécution du travail.

Une fois le problème étudié au point de vue étiologique, nous allons envisager la protection légale de ces malades. A cet égard, nous nous maintiendrons dans le cadre des lois envisageant les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Etant donné que pour la plupart des cas, ces malades appartiennent au personnel médical et hospitalier, nous allons nous occuper d'eux dans une première partie ; la seconde, nous la réserverons aux employés ordinaires qui peuvent, au cours de leurs travail contracter le chancre syphilitique du doigt.

1^{re} PARTIE. — PERSONNEL MÉDICAL ET HOSPITALIER

Le personnel médical et hospitalier se subdivise à son tour quant à la protection légale en deux catégories :

a) Le personnel médical et hospitalier de l'Assistance Publique qui est soumis au règlement de cette administration ;

b) Le personnel médical et hospitalier employé dans les établissements médicaux privés soumis à la loi du 12 avril 1906.

A) *Personnel médical et hospitalier appartenant à l'Assistance Publique.* — Les règlements actuels de l'Assistance Publique prévoient pour les internes, les externes et le corps médical, des indemnités pour toute maladie résultant notoi-

rement de leurs fonctions. (Donc le chancre syphilitique de la phalangette y est compris).

a) INTERNES ET EXTERNES. — Les internes et les externes ou leurs remplaçants officiels peuvent bénéficier des soins gratuits dans un établissement dépendant de l'administration, ils peuvent, en outre, recevoir le paiement de leur indemnité pendant la durée de la maladie et de la convalescence. Le paiement sera de droit si l'accident ou la maladie est imputable au service.

En cas d'invalidité résultant de l'accident primaire, une allocation annuelle sera attribuée à l'interne ou à l'externe à partir du jour de la consolidation, date à laquelle cessera dans tous les cas le paiement des indemnités.

Nous rappelons simplement que cette allocation annuelle est fixée à 6.000 francs pour les internes et 4.000 francs pour les externes en cas d'invalidité 100 %.

CORPS MÉDICAL. — Celui-ci, d'après les règlements de l'Assistance Publique comprend trois catégories (voir article 328). Pour tous ceux-ci il est à remarquer que les indemnités et les allocations ne seraient pas en entier à la charge de l'A.P. que s'il n'y a pas de doute sur leurs imputabilité. Au contraire, si la preuve du doute peut être établie, le risque sera partagé entre l'A. P. et l'intéressé.

B) *Personnel médical et hospitalier appartenant à un établissement médical privé.* — Actuellement le personnel médical et hospitalier, travaillant dans un établissement médical privé est réglé en ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles par la loi du 12 avril

1906. Cette loi a étendu l'application de celle de 1898, aux établissements commerciaux. En conséquence, les maisons de santé et les cliniques, décide la jurisprudence, qui procurent moyennant rémunération aux malades, les soins nécessaires, sont en principe des entreprises commerciales assujetties par la loi du 12 avril 1906, à la législation sur les accidents du travail. De là, résulte que les médecins et le personnel hospitalier, employé dans de tels établissements qui contractent l'accident primaire syphilitique au cours de leur travail, peuvent bénéficier de cette loi.

2^e partie. — Employés ordinaires, contractant le chancre syphilitique au cours de leur travail. — Il existe malgré leur rareté des observations indubitables de chancres syphilitiques des doigts transmis par des objets contaminés. L'agent d'inoculation peut être, au dire du malade, un clou, une écharde et la porte d'entrée une plaie insignifiante. Pourtant il faut s'entourer d'un maximum de garanties et avant de reconnaître cette étiologie, il faut exiger plusieurs conditions. Ainsi l'accident doit être rigoureusement établi, il doit être antérieur au chancre syphilitique, qui doit se localiser au niveau du traumatisme initial et cela dans un délai minimum de 12 jours. Malgré que, en matière de syphilis rien n'est absolu, il nous semble que ce délai minimum soit absolument indispensable.

a) *Si la relation de cause est certaine* et si l'employé est dans l'exercice de son travail, la loi forfaitaire sera appliquée, car il y a maladie consécutive. Il y aura indemnisation avec salaire réduit et frais médicaux jusqu'à la date de consolidation. Cette date est délicate à déterminer,

on peut la définir comme la fin de la période de contagiosité ou par le blanchissement complet des accidents primo-secondaires. D'après R. Bernard, cette date peut être évaluée à quatre semaines après le début du traitement. Mais, dit-il, il va de soi qu'il s'agit d'exiger un traitement mené avec toute la rigueur voulue et, d'autre part, peut-être convient-il de faire certaines réserves pour les cas où nous nous trouverions devant un malade arséno ou pluri-résistant. Il nous semble intéressant d'indiquer ici quelques données approximatives quant à la durée de cicatrisation ou de guérison clinique des principaux chancres syphilitiques établies par le professeur Gougerot :

Action comparée des principaux anti-syphilitiques :

	As	Bi	Hg
	(Jours)		
Chancre érosif	4-8	7-15	15-20
Chancre papuleux	10-20	15-25	15-60
Chancre ulcéreux	20-25	20-30	20-40
Chancre phagédénique	20-60	20-60	30-60
Roséole	5-15	10-20	15-30

A partir de la date de consolidation, il y a lieu d'établir une indemnisation annuelle qui sera transformée en rente au délai de révision, puisque nul ne peut dire que lorsqu'une syphilis débute on ne sera pas amené à devoir la soigner pendant tout le cours ou du moins une grande partie de l'existence, et qu'ici le chancre est accident du travail. La rente est accordée en prévision d'une part des

complications qui peuvent survenir, d'autre part, et en tout cas des soins répétés que devra suivre le malade pendant plusieurs années. Dervillé et d'autres auteurs français, signalent que le taux admis dans ces circonstances sera de 15 à 30 % d'incapacité. Mais il ajoute aussitôt, que ce taux est inutilement élevé si le malade n'a plus jamais rien, et ridiculement bas si le malade fait plus tard une paralysie générale, et cela d'autant plus que celle-ci n'apparaîtra vraisemblablement avant les trois ans du début de révision, date après laquelle il n'est plus de recours possible.

b) *Cas où l'accident du travail n'est pas évident.* — Dans bien des cas, il y a doute des relations existantes entre le traumatisme et l'apparition du chancre syphilitique. Pourtant, dans ces cas la jurisprudence donne presque toujours raison à l'employé. A cet égard on peut citer plusieurs exemples :

Cas de Gailleton : Un ouvrier se fait une excoriation au pouce droit le 9 décembre 1900. Il n'interrompt pas son travail et le 20 décembre, soit 11 jours plus tard, il voit apparaître un bouton rouge qui est un chancre syphilitique. Sur expertise de Gailleton, le Tribunal de Paix de Lyon a condamné le patron à payer demi salaire jusqu'à la disparition des accidents secondaires, soit pendant 111 jours.

Dans le cas d'Albertin (1922), les circonstances sont à peu près comparables malgré un temps d'incubation plus large et plus vraisemblable. A ce propos, Barthélémy remarque que si la syphilis est acceptée comme conséquence du travail, c'est la plupart du temps par un abus véritable dû

à l'insuffisance d'enquête. Il cite, à ce propos, le cas de Stolper : Il s'agissait d'une plaie du doigt, suivie d'un chancre syphilitique. On reconnut facilement que l'accidenté s'était contaminé dans une maison clandestine.

Nous croyons que cette remarque de Barthélémy est un peu exagérée, car comme le dit très bien M. Duvoir : « L'aide que le médecin est susceptible d'apporter au juge est, sur bien des points, proportionnelle à la connaissance qu'il a de la jurisprudence, connaissance qui lui permettra d'insister sur tel ordre de faits qu'il aurait tendance, comme médecin, à laisser au second plan ».

Or, il est évident, d'après les juristes, que si la jurisprudence donne presque toujours raison à l'ouvrier, en dépit de l'état antérieur morbide de l'accidenté si souvent invoqué par médecins et chirurgiens, c'est que la législation en cette matière établie comme principe, en vertu de la théorie du risque, une présomption favorable à l'employé.

OBSERVATIONS

Observation I. — (Bienfait. Thèse de Paris 1925. Chancre du doigt).

Br... Gustave, employé à la Compagnie du Métropolitain, présente depuis 10 jours environ sur le bord externe de l'ongle de l'index gauche une ulcération de forme sensiblement arrondie, légèrement creusée, à fond grisâtre, laissant sourdre une sérosité. L'ulcération s'insinue sous l'ongle qui est soulevé et de teinte foncée. Les douleurs sont très vives, le malade ne peut rien faire et depuis trois nuits il ne dort plus. Il y a, à gauche, un ganglion sus-épitrochléen gros environ comme une noisette et dans le creux de l'aisselle, deux petits ganglions.

L'ultramicroscope décèle la présence de nombreux tréponèmes au niveau de l'ulcération.

Observation II. — (Bienfait. Chancre du doigt).

W... Jean, 30 ans. Au niveau de la pulpe du médius droit on trouve une petite ulcération, de forme arrondie, de couleur jambonnée, dont les dimensions sont bien inférieures à celles d'une pièce de 50 centimes. Elle siège plu-

tôt du côté interne atteignant l'ongle. Toute la troisième phalange est dure, tendue et légèrement rouge et gonflée.

Observation III. — (Bienfait. Chancre du doigt).

A... Jean, 41 ans, chauffeur. Début il y a deux mois environ, par une lésion suppurante du pouce gauche près de l'ongle et que le malade compare à un mal blanc. Attribué à une écorchure survenue en serrant un écrou.

Actuellement sur toute la partie radiale du pourtour de l'ongle, plaie suppurante, sanieuse, grisâtre, décollant un peu le bord de l'ongle, et s'accompagnent de quelques douleurs.

Depuis huit jours, éruption de roséole rouge à la face antérieure du thorax.

Lésions secondaires sur le front, papules sur l'avant-bras gauche. Wassermann positif.

Observation IV. — (Lesage, chancre par morsure. Thèse de Paris 1895).

Le nommé X..., âgé de 20 ans, entré à l'hôpital Saint-Louis dans le service du professeur Fournier, n'a jamais eu de chancre à la verge. Au mois de février, il s'est disputé avec un de ses collègues, qui l'a mordu au pouce de la main droite. Deux mois après, les ganglions de l'aisselle droite sont engorgés. Il n'y a ni douleurs, ni suppuration. Les ganglions sont restés gros pendant un mois, puis ont diminué peu à peu et ont été suivis de boutons en grand nombre qui apparurent d'abord à la plante du pied, puis à la jambe droite et à la cuisse de même nom.

Actuellement, le pouce ne présente d'autres lésions

qu'une induration très manifeste au niveau de l'ongle et de la matrice de l'ongle.

Syphilides papuleuses sur le dos, avant-bras...

Observation V. — (Perot. Etude de la syphilis chez le médecin. Thèse de Lyon 1905).

Le 27 avril 1898, raconte Willis P. King, opérant une déchirure du col utérin, je me suis piqué le bord externe du pouce gauche, entre la racine de l'ongle et l'articulation phalango-phalangienne. Le lendemain matin, j'ai enlevé un chancre du rectum chez un homme. Dix à douze jours plus tard, j'ai remarqué sur mon pouce une tuméfaction juste au point où je me suis piqué ; au bout de quelques jours une sérosité sanguinolente s'écoulait à ce niveau ; mon doigt était chaud et douloureux au point de provoquer de l'insomnie. La douleur augmentait de jour en jour, le ganglion sus épitrochléen était tuméfié et douloureux. Au bout de quatre semaines apparut une éruption syphilitique sur le corps.

Observation VI. — (Feulard. Annales de dermato-syphilig. 1892).

Malade présentant une syphilide papulo-tuberculeuse généralisée. Organes génitaux sains, mais au doigt médius de la main gauche ulcération plate, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, située au bord adhérent de l'ongle : le doigt est enflé et rouge. Pas de ganglions sus épitrochléens, mais adénopathie axillaire assez développée. Au mois de novembre dernier, le malade s'est coincé l'ongle qui est

tombé à la suite ; un mois après cet accident le chancre est apparu.

Observation VII. — (Syphilis primitive et secondaire. Mauriac, Paris 1886).

J'ai observé dans mon service un chancre péri-unguéal, siégeant sur le repli cutané qui recouvre la racine de l'ongle et s'étendant sur les côtés jusqu'à la moitié de leur hauteur. Il ressemblait à un onyxis, mais sa surface était simplement érodée et non ulcérée. Sa forme en fer à cheval était régulière et il ne sécrétait que de la sérosité. Sa base, fortement indurée, ne se terminait pas par des contours bien nets. On aurait pu hésiter sur le diagnostic, si les antécédents, les commémoratifs, l'absence de tout autre lésion syphilitique et surtout l'existence du ganglion épitrochléen spécifiquement induré n'avaient mis sur la voie.

Observation VIII. — (Payenville. Annales des maladies vénériennes 1914).

Il y a quelque temps, j'étais consulté par un contre-maître d'usine des environs de Rouen pour un eczéma infecté des mains. Je lui ai ordonné un traitement approprié, ne prenant pas garde plus particulièrement aux nombreuses ulcérations résultant de l'infection surajoutée.

Quand je le revis 12 jours après, l'eczéma était très amélioré et toutes les ulcérations étaient cicatrisées, sauf une, siégeant au pourtour de l'ongle du médius droit ; en même temps le doigt était gros et dur dans toute sa longueur, enfin, les bords de la plaie étaient durs et il y avait

un gros ganglion dans l'aisselle. Je pensais alors à la syphilis. Le Wassermann était positif. D'ailleurs, si j'avais pu avoir un doute il aurait été levé, car entre le moment de la prise du sang et le jour où le malade vint chercher la réponse de la réaction, la roséole était apparue. Le malade me raconta alors, qu'il y avait un mois et demi, il s'était pincé le doigt avec une clef anglaise en serrant un clou à l'usine...

Dix jours après l'accident il avait fait « une bombe avec des camarades » et avait eu des rapports avec une femme suspecte..

Observation IX. — (Feulard, Bulletin de la Société française dermatologie, 1893).

J'observe en ce moment une sage-femme âgée de 36 ans, qui a pris la syphilis professionnelle en juin 1892 : elle a eu un chancre de la face dorsale de l'annulaire droit. Ce chancre a débuté au pourtour de l'ongle et a revêtu la forme de ce qu'on a appelé les chancres-panaris, si bien qu'un premier médecin enleva l'ongle et qu'ensuite un chirurgien des hôpitaux, qu'elle consulta, enleva la phalange ; il est vrai qu'il y avait, paraît-il, suppuration abondante avec lymphangite de la main et du bras. Sa cicatrisation se fit trois semaines après l'ablation de la phalange mais les accidents secondaires apparurent presque aussitôt.

Observation X. — (Thiebierge, Société Française de Dermatologie, 1893).

Mon collègue et ami, M. Walther m'avait envoyé l'année dernière, en réclamant mon avis, un malade pré-

sentant sur la dernière phalange de l'index droit une ulcération à peu près régulièrement arrondie sans induration réelle à sa base, dont le fond était irrégulier, parsemé de saillies arrondies rappelant d'assez près les végétations de certaines variétés de tuberculose papillomateuse ; j'hésitais entre ce diagnostic et celui d'ulcération syphilitique tertiaire, ces deux hypothèses cadrant d'ailleurs assez mal, la première avec la durée de la maladie, qui remontait à un mois environ. Le doute fut tranché au bout de quelques jours, par l'apparition d'une roséole.

Observation XI. — (Schwimmer, Annales de dermatosyphil., 1896).

Mme L..., sage-femme, se fait une égratignure avec une épingle sur le petit doigt de la main droite et assiste immédiatement après une fausse couche ; huit jours après, douleurs et gonflement du lit de l'ongle et au cours de deux à trois semaines suivantes, gonflement de la main et du 1/3 inférieur de l'avant-bras. Développement d'une tumeur plate, rouge, douloureuse, de la grandeur du poignet, à la région cubitale de l'avant-bras, d'une tumeur de la grandeur de la paume au niveau de l'olécrane et d'une tumeur œuf de poule dans le creux cubital. Un médecin porta le diagnostic de panaris et en fit le traitement : incision, cautérisation au nitrate d'argent, iodoforme. Le 1^{er} novembre, une fièvre éclata avec délire, deux jours après éruption d'un exanthème, qui se dispersa en quelques jours sur toute la surface du corps et fut prise pour de la petite vérole. Un autre médecin porta le diagnostic de syphilis et la fit

entrer à l'hôpital où son diagnostic fut confirmé ; traitement anti-syphilitique. Actuellement, on voit une cicatrice sur le doigt qui est dépourvu de l'ongle et un exanthème en disparition sur le corps.

Observation XII. — (Schwimmer. Annales de dermatosyphil. 1896).

X..., étudiant en médecine, se présente à la clinique, à cause d'un panaris de l'index gauche, qu'on avait déjà incisé plusieurs fois. Les ganglions axillaires tuméfiés. On porte le diagnostic d'une lésion initiale syphilitique, qui fut confirmée par l'apparition d'un exanthème caractéristique. Traitement antisypilitique. Actuellement cicatrice profonde dans le lit de l'ongle et atrophie de la phalangette.

Observation XIII. — (Nicolas, Gaté et Pillon. Lyon Médical, 1921).

Il s'agit d'un malade venu à la consultation de la clinique de l'Antiquaille, porteur d'accidents ulcéreux, d'une part, au niveau de la verge, d'autre part, au niveau de la région péri-unguéale de l'index gauche et de l'index et du médius droit.

La lésion de la verge est un chancre syphilitique banal, compliqué de phimosis et de balanite. Les lésions digitales sont également cliniquement des chancres syphilitiques ; ils s'accompagnent d'ailleurs d'une pléiade ganglionnaire axillaire qui ne laisse pas de place au doute.

Ce fait de la multiplicité des chancres digitaux est déjà intéressant, mais l'intérêt du cas réside surtout dans

la genèse de ces chancres. Ils sont, en effet, survenus 15 jours après l'apparition des lésions génitales. Ce long espace de temps, qui a séparé le début des deux ordres d'accidents semble devoir écarter l'hypothèse d'une seule et même contamination. Or, le malade, qui est marié et dont la femme est saine, n'a eu qu'un seul rapport extra-conjugal, il y a trois mois, un mois avant l'apparition du chancre de la verge. Il semble plus plausible d'admettre une auto inoculation des doigts par les lésions de la verge, ce qui, d'ailleurs, corrobore pleinement les résultats des expériences sur l'autoinoculabilité du chancre syphilitique. Le malade dit, du reste, que ses doigts étaient couverts d'écorchures au moment de l'apparition de son chancre digital, alors qu'il n'en présentait aucune au moment du coït infectant. A signaler ce fait intéressant : le malade a infecté ses chancres digitaux par le pus de sa balanite, nous avons trouvé à leur niveau, outre le tréponème pallidum, l'association fuso-spirillaire.

Observation XIV. — (Dubot. Presse Médicale belge, 1904).

Il y a environ deux mois et demi, mon client, après s'être fait une brûlure légère au médius gauche, s'est livré à certaine manœuvre gynécologique d'un genre spécial, après quoi, il a vu survenir au bout de 15 jours, une tumeur, qui a acquis rapidement l'étendue d'une pièce de 1 franc.

Aujourd'hui, on voit sur la face dorsale du médius gauche, une tumeur arrondie, brunâtre, dure au toucher, d'un diamètre de 2 cm. 5. Elle est située entre l'ongle, qui

est déchaussé et l'articulation de la troisième phalange. Au centre de la tumeur persiste encore une ulcération rouge foncé, qui se continue sans interruption avec les bords du chancre. Sous l'aisselle gauche l'on sent une pléiade ganglionnaire, dont un ganglion atteint le volume d'une noix. Le malade est actuellement en pleine roséole et la tête, la poitrine, les bras, les jambes présentent de nombreuses éruptions papulomateuses.

Le chancre présente ceci de particulier qu'il est extrêmement douloureux pendant la nuit, au point d'empêcher le malade de dormir.



Cliché Schaller — Hôp. St-Louis

Chancre syphilitique péri-unguéal lésant la matrice de l'ongle.



Cliché Schaller — Hôp. St-Louis

Chancre syphilitique sous-unguéal entraînant la chute de l'ongle.

CONCLUSIONS

1. Le chancre syphilitique de la troisième phalange, comme il résulte des nombreuses statistiques, est le plus fréquent des chancres digitaux.

Il existe trois principaux modes de contamination :

- Contamination professionnelle, la plus importante
- Contamination vénérienne, et plus rarement
- Contamination accidentelle.

2. Son siège est souvent péri ou sous-unguéal, rarement à distance de l'ongle (chancre pulpaire).

Cliniquement le chancre de la phalangette ne rappelle que rarement l'accident primaire de la syphilis, car souvent il se présente sous des formes cliniques particulières, variables suivant son siège : chancre ulcéreux, chancre-panaris ou exceptionnellement chancre fongueux, chancre hypertrophique.

L'ongle est souvent lésé et ces lésions qui varient du simple décollement à sa chute complète, peuvent réaliser un véritable onyxis syphilitique primaire.

3. Le diagnostic du chancre syphilitique de la phalangette n'est pas fait dans la majorité des cas ; l'accident pri-

maire est généralement diagnostiqué simple panaris, ou tout à fait exceptionnellement tubercule anatomique ; l'origine syphilitique de la lésion n'est reconnue dans ces cas, qu'à l'éclosion des accidents secondaires cutanés, prédominant à la moitié supérieure du corps.

4. Le traitement est celui de la syphilis et son action est aussi efficace que pour les autres chancres syphilitiques.

5. Les chancres de la phalange contractés à l'occasion du travail posent souvent un problème médico-légal du plus grand intérêt. S'il est évident que le corps médical et hospitalier contractent la plupart des chancres des doigts, en exerçant leur profession, il n'en est plus ainsi pour les ouvriers ou employés et les accidents du travail souvent invoqués par ces derniers, sont rarement authentiques ; cependant, nous remarquons bien, que les cas douteux sont presque toujours tranchés par la jurisprudence en faveur de l'employé.

Vu : *Le Doyen.*

Vu : *Le Président de la Thèse.*

G. ROUSSY.

TANON.

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- DANLOS et BLANC. — Trois chancres syphilitiques des doigts, B.s.f.d., 1907, décembre.
- MILIAN. — Chancres syphilitiques de la main (B.S.D., juillet 1912).
- RABUT. — Chancres des doigts, Hôpital, avril 1934.
- SCHULDMAN E. — Contagion sociale et prophylaxie professionnelle. Bulletin de la Sté Franç. de Dermatologie et Syphil., Strasbourg, juillet 1933.
- ORIAL ARIAS et MAZZINI. — Chancro syphilitico de dedo. Semaine Médicale, juin 1933.
- CHABROL Henri. — Etude statistique des chancres extra-génitaux. Thèse de Paris 1925.
- GANGOUX, BARBIER, TRIBET. — Une série de chancres syphilitiques extra-génitaux. Marseille Médical 1925.
- RILLE. — Ueber syphilitischen primöraspekt anden Zehen. Dermat. Wechhschr. Leipzig u. Hamb. 1921.
- FLYE SAINT-MARIE. — Un cas de chancre syphilitique du pouce. Bulletins Société Française, dermat et syphil. 1928.

G. BIENFAIT. — Chancres syphilitiques des doigts. Thèse de Paris 1925.

BULCKLEY. — Syphilis in the innocent.

FOURNIER. — Chancres extra-génitaux.

GOUGEROT. — Chancre syphilitique hypodermique. Annales des maladies vénériennes 1914

HALLOT. — Chancres syphilitiques de la main. Thèse Paris 1924.

JORDAN. — Chancre induré du médius gauche par morsure (Société Méd. de l'Hôp. Mjasnitzki, Moscou 1910.

LAVERGEN et PERRIN. — Chancre du médius gauche par morsure. Annales Maladies vénériennes 1884.

LEVY-BING et GERBOY. — Deux types cliniques de chancres du doigt. Annales maladies vénériennes 1918.

LEVY-BING, GERBBOY et BONNET. — Trois nouveaux cas de chancres syphilitiques et un chancre de la paume de la main.

MONTGOMERY. — Chancres of the fingers (Journal of the american medic. Association 1919.

NICOLAS et GATE. — Chancres syphilitiques multiples, par auto-inoculation, Lyon Médical, 1921.

PERRIN de la TOUCHE. — Chancres syphilitiques du petit doigt.

RILLES. — Chancres extra-génitaux. Société de médecine de Leipzig, juillet 1924.

PORTER. — Statistical study of extra-génital, chancre. Archives de dermat. and syphil. 1920.

R. BERNARD. — Syphilis et traumatisme.

~~B~~ARTHELEMY. — Syphilis et traumatisme. Archives de
dermato-syphil. 1931.

GOUGEROT. — Syphilis post-traumatique. ~~Annales des~~
maladies vénériennes. Action comparée des différents
anti-syphilitiques. Bruxelles Médical 1931.

FOUQUET. — Syphilis post-traumatique. La consultation,
1928.
